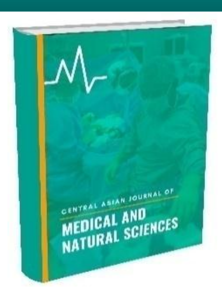
CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES



Volume: 03 Issue: 04 | Jul- Aug 2022 ISSN: 2660-4159

http://cajmns.centralasianstudies.org

Результаты Хирургического Лечения Эпидермоидных Кист Головного Мозга

1. **Миразимов Д. Д.**
2. **Кариев Г. М.**
3. **Хазраткулов Р. Б.**

Received 5th May 2022,
Accepted 6th Jun 2022,
Online 16th July 2022

[1,2,3] Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр нейрохирургии
Республика Узбекистан, Ташкент.

Аннотация: В работе освящены результаты хирургического лечения эпидермоидных кист головного мозга. В настоящее время непрерывно совершенствуются различные виды операционных техник при данной патологии, однако отсутствуют исследования с высоким уровнем доказательной базы, о значимых преимуществах той или иной тактики хирургического лечения.

Ключевые слова: эпидермоид, эпидермоидная киста, хирургическое лечение.

Введение

Внутричерепные эпидермоидные кисты, возникающие в результате нарушения закладки нервной трубки на 3 - 5 неделе внутриутробного развития, представляют собой редко встречающиеся гетеротопические, дизонтогенетические, доброкачественные образования. Согласно мировым данным, частота встречаемости внутричерепных эпидермоидных кист составляет 0,2-1,8% среди всех первичных опухолей головного мозга [2,3]. Эпидермоиды не имеют типичной локализации, встречаясь как в мозговом веществе, так и в костях свода и основания черепа, располагаясь как интра, так и экстрадурально. Эпидермоиды растут медленно и развиваются преимущественно у лиц среднего и пожилого возрастов. Вокруг эпидермоида нередко развивается асептическое воспаление, а при разрыве содержимое (кератин) прорывается в подпаутинное пространство, в ликворные пространства, вызывая асептический менингит [1].

Единственным эффективным методом лечения эпидермоидных кист является хирургическое удаление. При этом инвазивный характер роста и другие особенности биологического поведения данных новообразований определяют довольно высокий риск дисфункции черепных нервов и развития асептического менингита в послеоперационном периоде. Прежде всего это справедливо для эпидермоидных кист, локализующихся в мосто - мозжечковом углу и в средней черепной ямке [4]. Высокая частота рецидивов эпидермоидных кист, которая, по

разным данным составляет 10-24% приводит к необходимости повторных операций, что значительно увеличивает риск неврологических осложнений. Результаты лечения эпидермоидных кист следует считать не вполне удовлетворительными вследствие высокой частоты развития дисфункции черепных нервов и асептического менингита после операции. Не до конца ясны причины рецидивов и осложнений хирургического лечения эпидермоидных кист [5,6].

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения эпидермоидных кист путём определения оптимальной хирургической тактики.

Материалы и методы.

Проведён анализ результатов обследования и хирургического лечения 70 больных с эпидермоидными кистами головного мозга, которые находились на лечении в Республиканском специализированном научно - практическом медицинском центре нейрохирургии в период с 2015 по 2021 год включительно. Прооперировано 70 больных с эпидермоидными кистами, из них мужчин 42 (60,0%), женщин 28 (40,0%). Возраст больных варьировал от 18 до 65 лет, средний возраст составил 41,5 лет (табл. 1.).

Таблица 1 Распределение больных по полу и возрасту

Пол n(%)	**мужчин 42 (60,0%)**		**женщин 28 (40,0%)**		Всего
Возраст	18-40 лет	Старше 41 года	18-40 лет	Старше 41 года	
Кол-во n(%)	28 (66%)	14 (34%)	20 (71%)	8 (29%)	70 (100%)

По нашим наблюдениям, самой частой причиной обращения больных с эпидермоидными кистами головного мозга являлись головные боли гипертензионного характера у 23 (32,8%) пациентов, головокружение и шаткость при ходьбе у 15 (21,4%), снижение слуха у 12 (17,1%) пациентов, онемение и лицевые боли впервые проявились у 9 (12,8%), эпилептические припадки у 6 (8,5%), симптомы поражения III нерва, а именно, диплопию и ограничение взора вверх отмечали 4 (5,7%) больных. В единичных случаях проявление заболевания было представлено хиазмальным синдромом, гемифациальным спазмом и эндокринными нарушениями в виде задержки роста. Распределение больных по первичным причинам обращения представлены в таблице 2.

Таблица 2 Причины обращения больных с эпидемоидными кистами головного мозга

Причины обращения больных	**Количество больных**
Головные боли	23 (32,8%)
Шаткость при ходьбе	15 (21,4%)
Снижение слуха	12 (17,1%)
Онемение и лицевые боли	9 (12,8%)
Эпилептические припадки	6 (8,5%)
Диплопия и ограничение взора вверх	4 (5,7%)
Всего	70 (100%)

Результаты и их обсуждение. По локализации эпидермоидные кисты головного мозга распределялись следующим образом: субтенториальная локализация отмечена у 44 (62,8%) больных, супратенториальная локализация - у 23 (32,8%) больных. У 3 (4,2%) больных эпидермоидная киста распространялась супра - субтенториально. При субтенториальной локализации у 31 (70,5%) больного эпидермоидная киста находилась в мосто - мозжечковом углу, у 9 (20,5%) больных в области IV желудочка и у 4 (9,0%) больных в области червя мозжечка. При супратенториальной локализации - у 13 (56,5%) больных эпидермоидная киста

располагалась на основании средней черепной ямки, у 10 (43,5%) больных на основании передней черепной ямки. Супра - субтенториальная локализация отмечалась у 3 больных, в данном случае опухоль брала начало в области намёта мозжечка, далее распространяясь на основание средней черепной ямки и задней черепной ямки.

При хирургическом вмешательстве у больных с эпидермоидными кистами головного мозга - тотальное удаление эпидермоида удалось добиться у 55 (78%) больных, субтотальное удаление у 15 (22%) больных (табл. 3).

Таблица 3

Радикальность удаления	Локализация эпидермоида					
	ММУ	IV жел.	Червь мозжечка	СЧЯ	ПЧЯ	Супра - субтенториально СЧЯ + ПЧЯ
Тотально	25	7	3	10	9	1
Субтотально	6	2	1	3	1	2
Всего	31	9	4	13	10	3

Субтотальное удаление было обусловлено тем, что капсула эпидермоидной кисты была плотно сращена с окружающими нервными, сосудистыми или мозговыми структурами. Интра и послеоперационные осложнения выявлены у 11 (15,7%) больных. Осложнения выражались в образовании гематомы в ложе опухоли, развитием асептического менингита, симптомами раздражения ствола головного мозга а так же развитием послеоперационной ишемии участка головного мозга. Летальный исход наблюдался в 1 случае и был обусловлен локализацией опухоли, огромными размерами опухоли, субтотальным удалением и развитием послеоперационных осложнений.

Клинический пример.

Больной Б. 18 лет, поступил в отделение сосудистой нейрохирургии РСНПМЦН с жалобами на приступообразные головные боли. На имеющихся снимках МРТ - головного мозга обнаружено образование пинеальной области (рисунок 1). Образование вызывало нарушено ликворотока, гидроцефальное расширение желудочков с перивентрикулярным отёком. Был выставлен предварительный диагноз: Кавернома пинеальной области. Больной был разобран на врачебной конференции, где было выдвинуто предположение о диагнозе: Артеривенозная мальформация вены Галена. Для уточнения диагноза больному проведена селективная церебральная ангиография, на которой отсутствовала сосудистая патология (рисунок 2). Больному была произведена операция “Удаление внемозгового новообразования пинеальной области межполушарным доступом”, при которой обнаружена эпидермоидная киста с плотной капсулой, капсула была плотно спаяна с фальксом и задней стенкой 3 - го желудочка. После вскрытия капсулы и внутренней декомпрессии, опухоль была удалена тотально. Часть капсулы плотно спаянной с фальксом была оставлена. После удаления опухоли отмечался релапс головного мозга, и с целью восстановления ликворотока было решено вскрыть стенку 3-го желудочка (рисунок 3). У больного не наблюдалось послеоперационного неврологического дефицита.

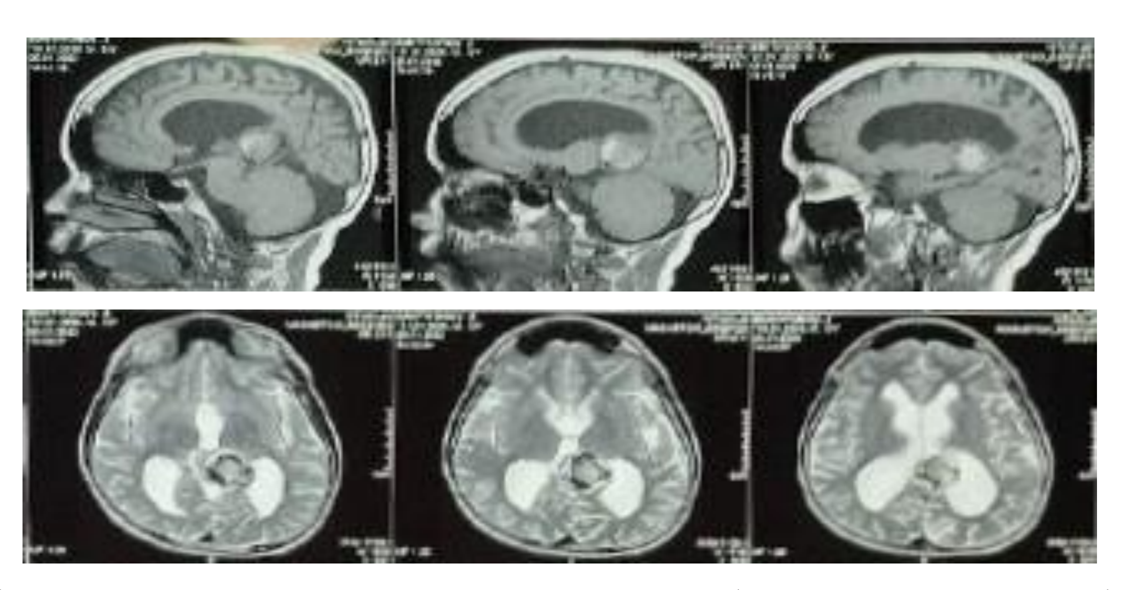


Рис. 1. МРТ - головного мозга на котором отмечается образование пинеальной области.

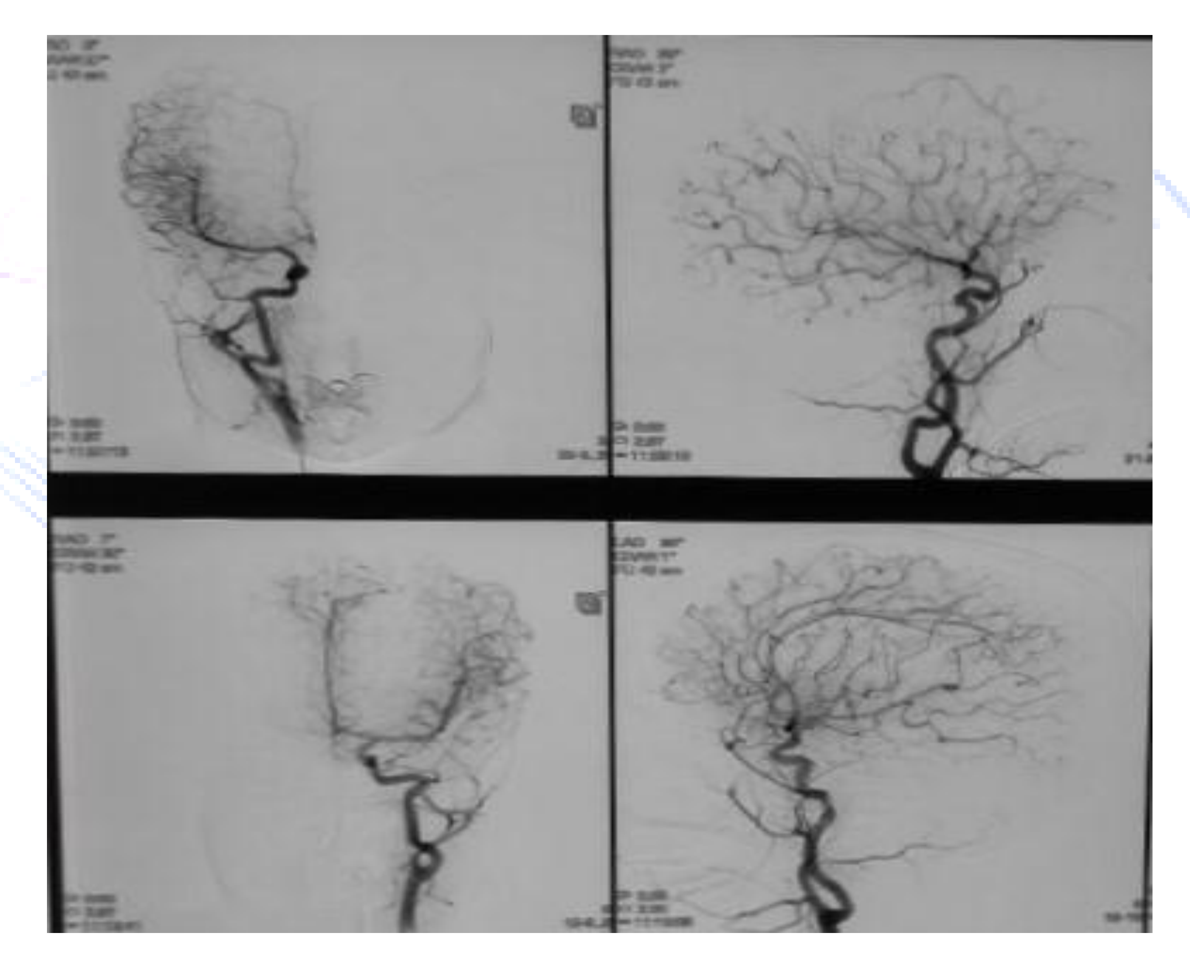


Рис. 2. Селективная церебральная ангиография - при исследовании сосудистой патологии не обнаружено.

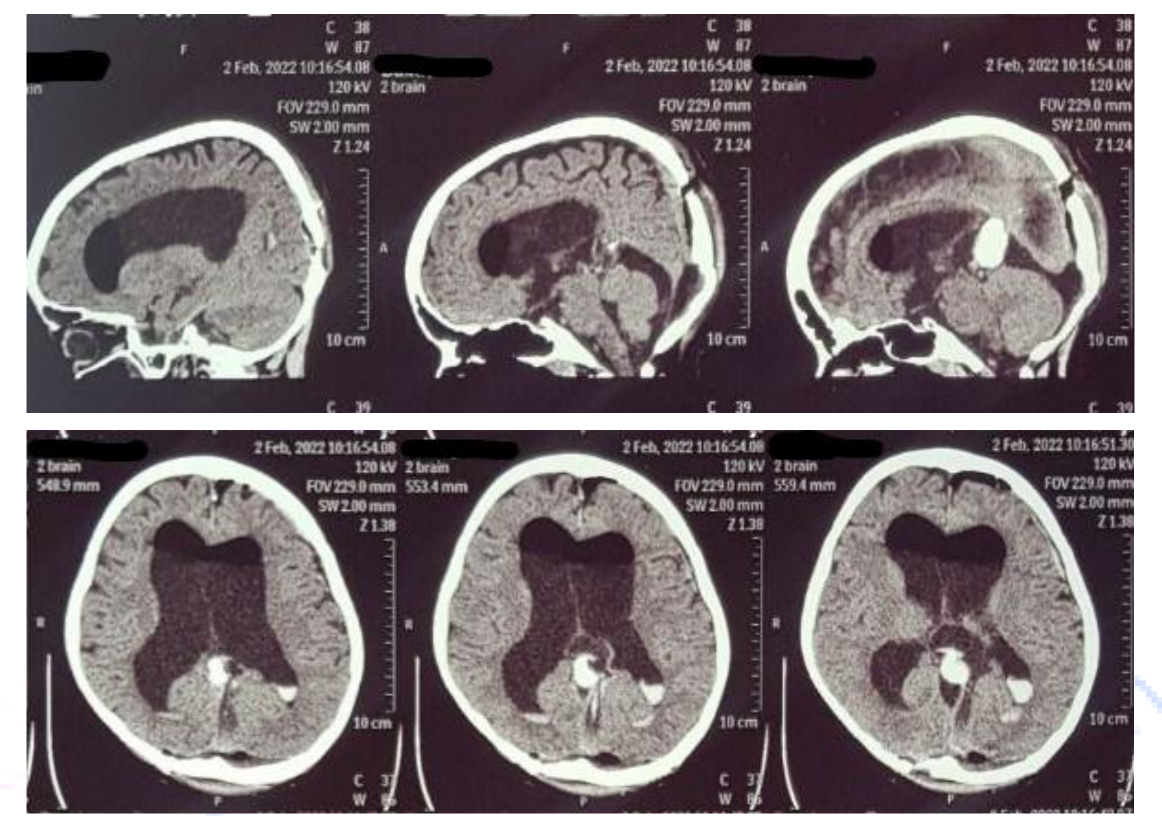


Рис. 3. МСКТ - головного мозга - на послеоперационных снимках отмечается часть капсулы плотно спаянной с фальксом со следами геморрагии в ложе опухоли.

ВЫВОДЫ:

1. Выбор тактики хирургического лечения эпидермоидов головного мозга определяется по их топографо - анатомическом расположении и характером их роста.
2. Основной задачей при хирургическом удалении эпидермоидов головного мозга является тотальное удаление, которое не всегда представляется возможным в виду размеры опухоли, и её срастания с окружающими мозговыми, нервными и сосудистыми структурами мозга.
3. Улучшения качества жизни и предупреждение развитие рецидивов напрямую зависит от радикальности удаления опухоли и развития интра и послеоперационных осложнений.

Список литературы:

1. Никифоров Б.М., Мацко Д.Е. - Опухоли головного мозга, Санкт - Петербург, 2003.
2. Fox, B.D. A supratentorial, hemorrhagic, intraparenchymal epidermoid cyst / B. D. Fox, S. M. Smitherman, H. Amhaz et al. // J clin neurosci. – 2009.
3. Hakyemez, B. Intracranial epidermoid cysts: diffusion– weighted, FLAIR and conventional MR findings / B. Hakyemez, U. Aksoy, H. Yildiz et al. // Eur j radiol. – 2005.
4. Frank E.; Macias D.; Hondorp B.; Kerstetter J.; Inman Jared C. (2018). "Brain Squamous Cell Carcinoma in an Epidermal Inclusion Cyst: A Review of the Literature".
5. Kadir B., Nezih O., Engin S. (2012). “Epidermoid of the cerebellopontine angle”.
6. Jallo G.I., Kothbauer K., Silvera V.M. (2011). Colloid cyst and epidermoid cyst/ Pediatric Neurosurgery